

Il giorno 20/02/2026 dalle ore 09.00 alle ore 12.30 presso la sala riunioni della RP Bagnasco si è svolto il Riesame della Direzione per le strutture socio sanitarie sono presenti:

NOMINATIVI DEI PRESENTI

Lorena Rambaudi

Paola Veirana

FUNZIONE

Amministratore Unico

Responsabile Qualità

ARGOMENTI TRATTATI

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA E RIESAMINATA

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME:

- a) Lo stato delle azioni derivanti da precedenti riesami di direzione;
- b) I cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità;
- c) Le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del sistema di gestione per la qualità, compresi gli andamenti relativi:
 - Alla soddisfazione del cliente e alle informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
 - Alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti;
 - Alle prestazioni di processo e alla conformità dei servizi erogati, standard di prodotto;
 - Alle non conformità e alle azioni correttive;
 - Ai risultati del monitoraggio e della misurazione;
 - Ai risultati di audit;
 - Alle prestazioni dei fornitori esterni;
- d) L'adeguatezza delle risorse.
- e) Aggiornamento normativo.
- f) Aggiornamento delle procedure e/o protocolli.
- g) Esiti assistenziali, attività del gruppo di lavoro del rischio clinico e prevenzione ICA
- h) Attività del Gruppo di Miglioramento
- i) Aggiornamento o riconferma delle linee guida scientifiche.
- j) L'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità.

Documenti approvati o riconfermati, allegati:

- 1. Politica della Qualità, Mission e Vision.
- 2. Documento descrizione del contesto.
- 3. Fattori di rischio analisi.
- 4. Organigramma della Società
- 5. Elenco della documentazione del sistema emessa in data 07/02/2025.
- 6. Piano degli audit interni
- 7. Normativa e documenti cogenti emessa in data 07/02/2025.
- 8. Obiettivi – piano di miglioramento 07/02/2025.

- Eventuali Allegati.

- 1. Riesame Comunità Ercole
- 2. Riesame strutture Socio Sanitarie
- 3. MOD RLG Raccolta Linee Guida. Riconfermata 28/01/2025.
- 4. Relazione Responsabile Comunicazione redatta 03/01/2025.
- 5. Piano della formazione e fabbisogni formativi per il 2025.
- 6. Elaborazione questionari di gradimento somministrati nel corso del 2024.

Io non perdo mai o vinco o imparo (N. Mandela)

Premessa a cura dell'Amministratore Unico Lorena Rambaudi

L'anno 2025 è stato un anno caratterizzato da risultati positivi sia in riferimento al risultato economico per cui si prevede una buona marginalità, sia in riferimento alle prospettive di continuità aziendale e di sbocchi futuri.

Dal punto di vista della sostenibilità economica dei servizi è stato fondamentale l'aumento programmato e realizzato delle rette, con una gradualità nel triennio 2024/2026, frutto di un pluriennale lavoro di concertazione con la Regione Liguria.

La lineare continuità nella gestione del servizio con un buon livello di occupazione dei posti letto è un altro elemento importante per la programmazione e l'equilibrio fra entrate /uscite.

Qualche difficoltà da questo punto di vista si è presentata per i posti di RSA di 1 fascia a causa di indirizzi più stringenti del servizio inviante (Dipartimento anziani della Asl) derivati dalla necessità di contenimento dei costi più che dalla mancanza di bisogno dei pazienti dimessi dall'ospedale.

I costi derivanti dal rinnovo del CCNL Cooperative sociali ha incrementato i costi di gestione con la applicazione dell'ultima trince contrattuale, ma compensati dall'aumento delle tariffe.

Il buon lavoro svolto al Tavolo Integrato Regionale sul tema delle tariffe doveva proseguire con una concertata revisione dei requisiti del Manuale di autorizzazione finalizzata ad analizzare la adeguatezza dei diversi setting assistenziali e programmare nuovi modelli sperimentali.

Tale attività purtroppo non è stata ancora attivata a causa delle priorità della Regione Liguria, impegnata in una Riforma complessiva del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'anno 2025 sono stati appieno soddisfatti i criteri del Manuale di Accredimento per gli aspetti innovativi definiti nella Conferenza Stato Regioni, approvati ad inizio dicembre 2023 da Regione Liguria.

Rispetto alla situazione Ligure gli elementi aggiuntivi alla normativa già in essere riguardavano il tema della alimentazione e del rischio clinico.

Un altro aspetto di macro sistema alla attenzione del settore ha riguardato l'applicazione della legge Draghi 118/2023 sulla concorrenza che prevede la applicazione anche nell'ambito sanitario prevedendo bandi di gara per la aggiudicazione dei posti letto convenzionati.

La norma di non facile applicazione ha già avuto due proroghe (ad oggi fino a dicembre 2026) ma in ogni caso è stata nostra attenzione definire una situazione che permetta di mantenere nell'alveo pubblico i nostri servizi.

La normativa è riferita ai privati e sulla base di questo presupposto le Aziende pubbliche di servizi (ex Pia) fornite di parere legale hanno promosso un emendamento di legge approvato in Consiglio Regionale nel collegato alla finanziaria a dicembre 2023, che le esclude dalle gare.

Tale opportunità non è stata riconosciuta dalla Regione alla nostra Società strumentale, nonostante sia una società a maggioranza pubblica e si è reso necessario il trasferimento della titolarità dei servizi dalla S.p.A. alla ASP Opere sociali avvenuta il 15 dicembre 2025.

Tale obiettivo ha permesso di riaprire il confronto sulla struttura del Santuario per la quale si operava da tempo in regime di proroga della concessione, senza una soluzione concreta di prospettiva e di continuità nella gestione.

Il nuovo Cda di ASP Opere Sociali insediatosi nel giugno del 2025 ha intrapreso con Asl 2 una lunga e complessa trattativa che ha portato un risultato altamente soddisfacente: un accordo contrattuale fra Enti Pubblici che conferisce ad Opere Sociali la concessione del bene (struttura di Santuario Piazza) per 12 anni.

La convenzione per la gestione del servizio, come per l'intero settore regionale è stata prorogata per un anno e nel frattempo la Regione metterà' in campo i nuovi contratti che nel caso di specie, non dovranno essere sottoposti alla concorrenza di un bando pubblico, ma solo ad un percorso di validazione dei requisiti di qualità.

Stabilizzare la attività del Santuario, dopo anni di incertezze, è stato un grande risultato che permette ad Asp Opere Sociali e conseguentemente alla Società di lavorare in una ottica di programmazione futura, anche in riferimento agli ingenti investimenti strutturali necessari, primo fra tutti il rifacimento dell'impianto di riscaldamento e climatizzazione.

Il passaggio di titolarità ha comportato diversi cambiamenti amministrativi e gestionali pur rimanendo la operatività in capo alla società in assoluta continuità' con il passato.

L'inizio del percorso ha visto un atto di indirizzo del consiglio di amministrazione di ASP opere sociali che motivatamente ha deciso di retrocedere la titolarità di autorizzazioni accreditamenti e convenzioni delle strutture in gestione, in oggi in capo alla società strumentale. La motivazione è data dalla necessità di valorizzare la posizione di Ente Pubblico non economico al fine di avere accordi diretti con le pubbliche amministrazioni e in particolare con Regione Liguria per i posti contrattualizzati in ASL 2, senza la necessità di sottoporsi a bandi o gare.

Tale indirizzo di tipo politico è stato condiviso con la Amministrazione Comunale e l'Ente Regione.

Ha seguito un passaggio formale in assemblea dei soci e anche il socio di minoranza ha condiviso l'obiettivo.

La pratica di trasferimento dell'autorizzazione al funzionamento è stata approvata dal Comune di Savona così come la voltura dell'accreditamento è stata approvata dalla Regione Liguria.

È stato modificato il contratto di servizio tra ASP Opere Sociali e SPA Opere Sociali Servizi. Le modifiche che in questa fase sono state apportate nell'addendum contrattuale siglato il 15 dicembre sono state mirate ad adeguare la situazione nella fase transitoria fino alla nuova gara e al futuro contratto.

La operazione di "retrocessione" ha avuto come conseguenza un rinnovo di tutti i contratti in essere con la nuova titolarità': Servizio Sanitario Regionale, Comuni, utenti, divenuti atti gestionali in capo alla Direzione di Asp.

Dal punto di vista operativo le attività amministrative sono comunque gestite dalla società', delegate dall'ente.

Alcuni aspetti della gestione hanno necessitato modifiche:

- *Privacy: ASP diventata titolare del trattamento e la società strumentale responsabile del trattamento, con la modifica conseguente degli atti in essere - Gestione IT: i sistemi tra Asp e società sono differenti e si è resa necessaria una formazione della impiegata amministrativa per l'utilizzo di un nuovo software di contabilità (Zucchetti).*
- *La gestione dei rifiuti speciali è rimasta in capo alla Società in quanto soggetto "produttore".*
- *Il tema assicurativo ha richiesto un approfondimento e un approccio complessivo fra i due Enti.*
- *Il tema finanziario per permettere la copertura delle spese e degli stipendi è stato affrontato parallelamente dalla Azienda pubblica e dalla Società che ha ritenuto facilitante rivolgersi allo stesso Istituto Bancario (Banco Azzoaglio) ed avere le possibilità di anticipazioni necessarie.*
- *Il passaggio gestionale e gli atti formali necessari sono stati attivati il 15 dicembre; ha richiesto un impegno fuori dall'ordinario per parecchi mesi e qualche aspetto sta vedendo in questi primi mesi del 2026 il pieno compimento.*

Come previsto dal piano di miglioramento nel corso del 2025 si è data particolare attenzione ai servizi generali e di confort alberghiero tramite investimenti strutturali e attento monitoraggio su manutenzioni, ristorazione, servizi di pulizia.

È stato consolidato il progetto di forniture alimentari extra menù per gli ospiti delle strutture sociosanitarie.

Inoltre particolare attenzione è stata rivolta al rapporto con le famiglie degli utenti con incontri programmati allargati in RP Bagnasco e RSA Noceti e tramite il Comitato parenti di RP e RSA Santuario formalmente istituito a fine 2024.

Nel corso del 2025 abbiamo dato applicazione al D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 – "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", art. 41, comma 6. Liste di attesa". Nel breve proprio in questi giorni avremo la possibilità di pubblicare le liste di attesa per i posti privati sul ns sito. Gli utenti interessati tramite un codice potranno esaminare la propria posizione in lista di attesa.

*Da novembre 2025 tutte le autorizzazioni sono state intestate a **A.P.S.P. OPERE SOCIALI NS SIGNORA DI MISERICORDIA.***

RP SANTUARIO autorizzazione al funzionamento 1242 - 25/11/2025.

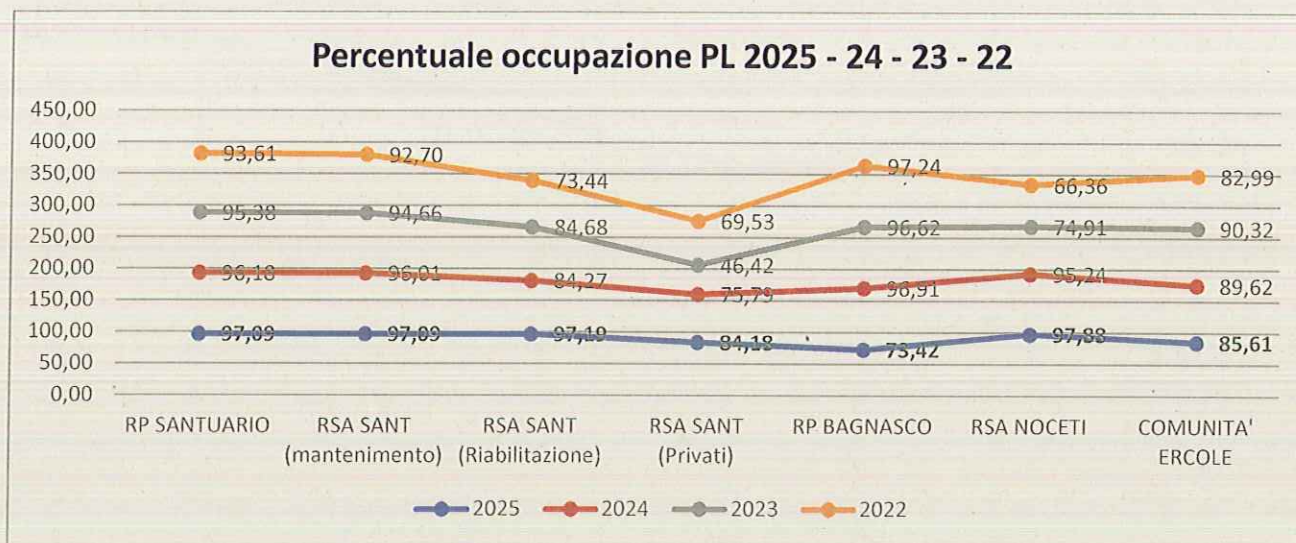
RSA NOCETI autorizzazione al funzionamento 1243 – 25/11/2025

RP MARINO BAGNASCO autorizzazione al funzionamento 1244 - 25/11/2025

COMUNITA' ERCOLE autorizzazione al funzionamento 1245 -25/11/2025.

RP SANTUARIO autorizzazione al funzionamento 1246 - 25/11/2025

Analisi occupazione dei posti letto strutture:



Come si evidenzia nel precedente grafico:

RP SANTUARIO in progressivo aumento di presenze.

RSA SANTUARIO Mantenimento: in progressivo aumento di presenze.

RSA SANTUARIO Riabilitazione: lieve diminuzione imputabile al calo dei ricoveri da parte di ASL2. Ed una diminuzione delle giornate di ricovero in media.

RSA SANTUARIO Privati: in aumento.

RP BAGNASCO: in lieve aumento.

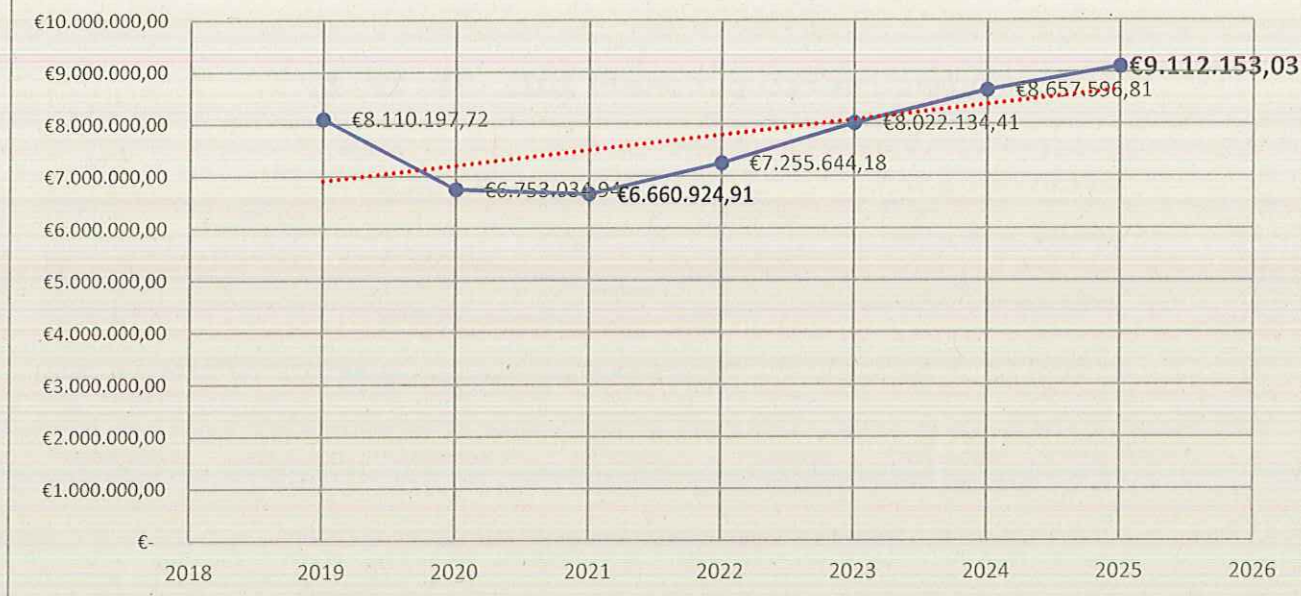
RSA NOCETI: in significativo aumento.

COMUNITA' ERCOLE: stazionario. .

I dati sono in linea con l'anno precedente.

Fatturato aziendale nel corso degli anni:

Fatturato 2018 2025 Opere Sociali Servizi spa



Il controllo di gestione a cura della Direzione si svolge su base mensile.

La società si è certificata ISO 9001 nel 2008 di seguito lo storico della certificazione:

ISO 9001/2015
2027 RI CERTIFICAZIONE
sorveglianza 2026
sorveglianza 2025
2024 RI CERTIFICAZIONE
2023
2022
2021 RI CERTIFICAZIONE
2019
2018
2017 RI CERTIFICAZIONE
2016
2015
2014 RI CERTIFICAZIONE
2013
2012
2011 RI CERTIFICAZIONE
2010
2009
2008 CERTIFICAZIONE

Conclusioni:**a) Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami:**

Le azioni derivanti dal precedente Riesame sono state trattate nel piano di miglioramento la cui analisi segue nel presente testo.

b) I cambiamenti nei fattori esterni ed interni che sono rilevanti per il SGQ

Vedi premessa a cura AU.

Il nuovo assetto aziendale ha richiesto una revisione del ANALISI DEL CONTESTO E ANALISI DEI RISCHI DELLA SOCIETA' OPERE SOCIALI SERVIZI Spa il cui testo è stato approvato nel corrente riesame.

c) Le informazioni sulle prestazioni e sull'efficacia del SGQ, compresi gli andamenti relativi

- **Alla soddisfazione del Cliente ed alle informazioni di ritorno dalle parti interessate.**

Partecipazione: degli utenti nelle strutture di Opere Sociali Servizi.

Il metodo di lavoro di Opere Sociali Servizi è improntato al dialogo e al confronto con i familiari degli ospiti in una ottica di ascolto e di miglioramento del servizio. Vengono svolte riunioni periodiche quando se ne ravvede la necessità o su richiesta delle famiglie. Era già stata proposta nelle varie strutture, da parte della direzione generale di Opere sociali servizi, la costituzione di organismi di partecipazione più strutturati per agevolare il dialogo e intensificare i momenti di incontro. Il periodo pandemico e post pandemico ha interrotto un percorso che necessitava di essere promosso e sostenuto.

Il Comitato Parenti è un organo partecipativo e rappresentativo degli ospiti e delle loro famiglie.

Il Comitato nasce da un'istanza espressa dai parenti nel contesto di un incontro con i familiari organizzato dalla società di gestione.

Per decisione condivisa inizierà la propria attività con una segnalazione volontaria di disponibilità comunicata ai coordinatori, a seguito di messaggio inviato dall'Ente a tutti.

Dopo un periodo sperimentale di sei mesi il Comitato valuterà, a seguito di opportuno confronto con gli altri familiari, se dotarsi di un proprio Regolamento che ne stabilisca le modalità di elezione e di partecipazione.

I rappresentanti del Comitato sono familiari di ospiti che hanno dimora abituale in struttura e decadono nel momento in cui il loro parente non è più presente. Sono incompatibili familiari che hanno un ruolo professionale nella organizzazione di Opere Sociali Servizi.

Nel corso del 2025 l'attività del COMITATO PARENTI si è consolidata ed ha interessato tutte le strutture socio sanitarie. Nel corso dell'anno si sono svolte le riunioni presso:

RP – RSA Santuario: riunione congiunta, 08/02/2025 – 17/02/2026

RP BAGNASCO – riunione 26/03/2025.

RSA NOCETI – riunione del 28/05/2025.

Risultati dei questionari di gradimento somministrati nelle diverse strutture:

Anche quest'anno i questionari sono stati distribuiti in tutte le strutture.

struttura	Riesame 2025		Riesame 2024		Riesame 2023	
	N° Questionari	Punteggio medio per item	N° Questionari	Punteggio medio per item	N° Questionari	Punteggio medio per item
RP BAGNASCO	30	8.1 %	7	8.6 %	5	7.8 %
RP SANTUARIO	46	8.05 %	38	7.9 %	23	8.5 %
RSA SANTUARIO	23	7.88 %	13	7.2 %	19	7.7 %
RSA NOCETI	13	8,49%	14	7.8 %	7	6.7 %
COMUNITA' ERCOLE	10	9,23%	9	6.72%	9	8.5 %

Sono stati esaminati con cura i risultati emersi, i suggerimenti e le osservazioni che ci sono state segnalate.
Non si segnalano dati difforni rispetto all'ordinario.

- Alla misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti.

Obiettivi formulati nel Riesame del febbraio 2025:

Totale 25 obiettivi di cui

n°9 aspetti trasversali, risorse, processi relativi ai client, amministrazione controllo risorse, organizzazione aziendale amministrazione, gestione rischio.

n° 8 per le strutture socio sanitarie.

N° 1 per RSA NOCETI – RP SANTUARIO – RSA SANTUARIO

n° 1 per la RSA NOCETI

n° 3 per la RSA SANTUARIO

n° 2 per la RP BAGNASCO

n° 1 per la RP SANTUARIO.

N° 2 per la Comunità Ercole

LEGENDA: **ATTUATO** — **AVVIATO** - **RIPORTATO A NUOVO** – **CHIUSO NON RAGGIUNTO**

Area/fattori di rischio	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
RISORSE UMANE	Sportello supporto psicologico supervisione, individuale figure di coordinamento	Numero incontri attuati, minimo 10.	Coordinamento a cura della Direzione della Società, 5.000,00 €	Progetto avviato e confermato.
LISTE DI ATTESA TRASPARENTI	Miglioramento della gestione delle liste di attesa di ciascuna struttura.	Ogni struttura definisca la propria lista con assegnazione in ordine incrementali, eventuali passaggi all'interno delle strutture gestite da OSS, ev. richieste urgenti/casi sociali da parte di soggetto pubblico. Assegnazione di codice. Ev. revisione del Regolamento. Pubblicazione sul sito aziendale.	Direzione	Regolamento definito. Gli strumenti sono pronti i dati in fase di pubblicazione.

Area fattori di rischio	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO RISORSE	Affinare il monitoraggio delle manutenzioni, erogate all'interno del Global Service di ciascuna struttura.	Esame della documentazione di registrazione, controllo dei budget ed esito dei lavori.	Direzione eventuale revisione del sistema di monitoraggio dei lavori.	Obiettivo raggiunto, vedi risorse.

Area/fattori di rischio	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
ORGANIZZAZIONE AZIENDALE AMMINISTRAZIONE	Miglioramento organizzazione documentazione. (1)	Revisione della organizzazione della documentazione cartacea, e digitale cartacea e sistemi di catalogazione archivio, protocollo. Sistematizzazione della condivisione.	Direzione Società	Riorganizzazione archivio e documentazione aziendale
	Organizzazione elenco fornitori e condivisione contatti. (2)	Definire e aggiornare elenco dei fornitori con relativi contatti e condivisione da parte delle figure professionali addette, archiviazione dello storico.	Direzione Società	Elenco fornitori disponibile razionalizzato.
	Miglioramento della comunicazione istituzionale. (3)	Creazione di una mappa dei contatti istituzionali, mailing list, nell'ambito della organizzazione del socio operativo e condivisione.	Direzione Società	Elenco definito a disposizione della Direzione.
	Miglioramento condivisione e gestione della documentazione istituzionale, aziendale. (4)	Riordino della documentazione cartacea e digitale in ordine alle autorizzazioni al funzionamento, accreditamento, convenzioni, documentazione SSL, planimetrie, impianti di ciascuna struttura.	Direzione Società	Riorganizzazione archivio e documentazione aziendale
	Miglioramento della gestione delle verifiche da parte degli enti esterni. (5)	Gestione coordinata e condivisione dei verbali di verifica, comunicazione di riscontro, attuazione dei lavori e relazioni conseguenti.	Direzione Società	I verbali di verifica di enti esterni sono registrati nel protocollo come le lettere di riscontro.

	Efficientamento delle attività di manutenzione delle strutture socio sanitarie.	A seguito di cambio gestione del fornitore da parte delle cooperative, revisione del metodo di lavoro E delle modalità organizzative e di comunicazione per migliorare l'efficacia della attività di manutenzione.	Direzione	Le attività di manutenzione sono state sistematizzate, programmate e verificate.
Gestione del Rischio interruzione viabilità a seguito eventi climatici avversi	Attuazione del piano di Protezione Civile in caso di interruzione della viabilità ordinaria via di comunicazione Savona – Località Santuario.	Portare alla firma il Piano proposto alla Amministrazione Comunale nrl 2024.	Amministratore Unico – Direzione	Benchè il tema sia già stato proposto alla Amministrazione Comunale ed enti preposti non si è ancora arrivati ad un protocollo. Obiettivo riportato a nuovo,

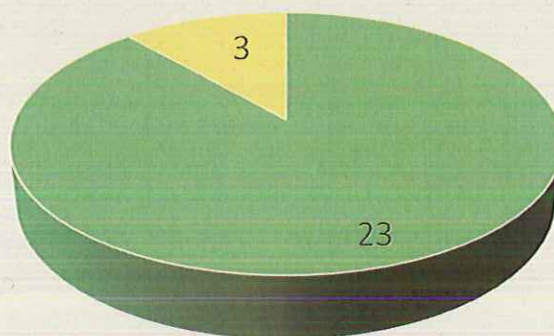
Area/fattori di rischio	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi/ Responsabilità/budget	Attuazione
RP SANTUARIO	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Le riunioni con il Comitato parenti sono uno strumento consolidato, nel 2025 si contano 2 riunioni.
RSA SANTUARIO	Ripristino tendone del terrazzo e acquisto del telecomando	Acquisto e funzionalità	500.00 € Direzione Società	Acquistato verrà installato con la primavera.
	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Le riunioni con il Comitato parenti sono uno strumento consolidato, nel 2025 si contano 2 riunioni.
	Installazione protezione scalone.	Installazione dispositivi conformi alla normativa antincendio.	Direzione Società 2.000,00 €	Obiettivo in attesa del riscontro del consulente

				tecnico antincendio.
RSA NOCETI	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Le riunioni con il Comitato parenti sono uno strumento avviato. 1 riunione nel 2025.
RP BAGNASCO	Miglioramento delle condizioni del porticato.	Trattamento pavimentazione porticato	Direzione della Società attivazione coop. Maris	L'attività è stata cadenzata nel piano di lavoro del personale pulizie, coop Maris. L'esito non è ancora appropriato. Sono state disposti i dissuasori per i piccioni.
	Miglioramento livello di partecipazione dei familiari utenti, attraverso l'attivazione di forme partecipative dei familiari utenti, consolidamento comitato Parenti	Numero degli incontri o numero delle segnalazioni pervenute	Coordinamento a cura della Direzione della Struttura e Direzione Società	Le riunioni con il Comitato parenti sono uno strumento avviato. 1 riunione nel 2025.
STRUTTURE SOCIO SANITARIE PASTI	Miglioramento del servizio mensa, merende. Standard con merende speciali 1 volta alla settimana, sperimentazione già in corso da portare a regime.	1 merenda alla settimana speciale (gelato, pizza...)	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Un anno
	Miglioramento e personalizzazione dei pasti.	Creazione dell'angolo dei sapori, dotare ogni carrello di condimenti e spezie	Coordinamento a cura della Direzione della Società	L'attività è pienamente entrata nella routine.
	Miglioramento e personalizzazione dei pasti, colazione.	Integrare alcune forniture di base quali, biscotti e piccola pasticceria	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Attuato sul carrello sono disponibili olio evo + condimenti spezie.
STRUTTURE SOCIO SANITARIE RISORSE ATTREZZATURE	Miglioramento dello standard di prevenzione legionellosi.	Predisporre un progetto compiuto di prevenzione legionellosi uniforme in tutte le strutture.	Coordinamento a cura della Direzione della Società	Ogni struttura dispone di impianto di trattamento acque, in corso individuazione nuovo conduttore

	Smaltimento degli arredi, attrezzature, materiali ammalorati periodico	Calendarizzazione degli interventi con ditta convenzionata.	Coordinamento a cura della Direzione della Società.	Attività svolta a cadenza ciclica.
	Miglioramento spogliatoi del personal	Sostituzione progressiva dei materiali in uso.	Mappatura a cura del coordinamento delle strutture e individuazione delle priorità a cura della Direzione della Società.	Stipetti nuovi per tutte le strutture, 8 RP BAG – 20 RP RSA SANT – 8 RSA NOC
	Completare il rinnovo della tinteggiatura delle pareti dei locali delle strutture.	Calendarizzazione degli interventi.	Relazione di conclusione lavori a cura della Direzione.	Attività svolta a cadenza ciclica.
	Migliorare le condizioni di lavoro tramite implementazione attrezzature per la movimentazione degli ospiti in sicurezza	Individuazione degli ausili minori es. teli alto scorrimento, cinture ecc.. ecc..	Individuazione delle attrezzature da acquistare anche tramite confronto con i fisioterapisti. Direzione.	Obiettivo riportato a nuovo.

Area/Fattori di rischio	Obiettivo	Parametri di valutazione	Metodi Responsabilità	Tempi
COMUNITA' ERCOLE	Acquisto di un nuovo banco da lavoro per le attività della cucina (anche con gli ospiti, scuola cucina) 120 * 60 cm con ripiano sottostante	Acquisto banco da lavoro.	Direzione. Budget 200,00 €	Il banco è stato acquistato e risulta utile.
	Miglioramento attrezzature per le pulizie dei locali	Acquisto attrezzature	Direzione budget 150,00 €	Acquistato un vaporetto.

Risultato piano di miglioramento 2025 - 26 obiettivi



■ attuato ■ riportato a nuovo ■ avviato ■ chiuso - non raggiunto

Miglioramento ristorazione 2026

La fornitura di merende extra menù per ospiti delle strutture sociosanitarie Santuario, Bagnasco, Noceti intrapresa nel corso del 2024 è stata portata regime.

250 merende settimanali con fornitura di un giorno la settimana a rotazione nelle diverse strutture per offrire un mix di prodotti quali farinata, focaccia e focaccia di Recco, dolci che ricordino i sapori della tradizione ligure alternati nel periodo estivo con gelato, macedonie e anguriate in quanto alimenti più adatte alle calde temperature.

Le merende "speciali" solitamente coincidono con momenti di aggregazione e di festa organizzati dal personale di animazione per crearne un evento settimanale che si aggiunge al programma di animazione.

Oltre a questo ogni struttura ha avuto la possibilità di ordinare elementi integrativi alla fornitura delle mense, quali ad esempio biscotti, budini, torte, snack. Inoltre ogni carrello di distribuzione dei pasti ha avuto in dotazione il "cestino dei sapori" contenente condimenti e spezie da poter aggiungere a scelta dell'ospite.

Per la festa dei Nonni il 2 ottobre è stato organizzato l'"APERINONNO" aperitivo con spirito per gli ospiti e i loro familiari.

Per le Festività Natalizie è stata data la possibilità ai parenti che lo desideravano, di poter mangiare in struttura con i loro familiari con il pasto offerto dalla Società.

Cucine interne

Come già discusso in alcune occasioni formali ed informali, il servizio di ristorazione interno porterebbe ad un miglioramento di qualità della accoglienza socio-alberghiera dei nostri ospiti.

La idea maturata in questi anni di esperienza non molto positiva del pasto veicolato è fortemente supportata anche dalla richiesta dei parenti.

Una cucina interna permette preparazioni espressive, più flessibilità ed adattamento ad esigenze quotidiane e in generale una migliore appetibilità delle preparazioni.

In oggi la situazione è la seguente:

- 1. Pasto veicolato da CIR FOOD alla RP Bagnasco, dove però è già presente e inutilizzata una cucina interna da riadattare.*
- 2. Pasto veicolato da CIR FOOD alla RSA Santuario*
- 3. Pasto veicolato da Maris alla RP Santuario*
- 4. Pasto con cucina interna al Noceti gestito da Maris, ma in una cucina piuttosto vetusta e superata per le attrezzature in dotazione.*

La idea progettuale per il futuro potrebbe essere la seguente:

- 1. Riadattamento della cucina di Bagnasco per preparazione interna dei pasti*

2. Creazione di una cucina ex novo presso i locali piano terra della struttura del Santuario moderna e funzionale.

3. Pasto veicolato dal centro cottura del Santuario presso Noceti ma con mantenimento della cucina interna per adattamenti di menu e per esigenze specifiche giornaliere. Una cucina funzionante appieno avrebbe costi troppo elevati in relazione ai 40 ospiti.

Per la cucina di Bagnasco e Noceti si tratta di fare una revisione ed eventuale integrazione di attrezzature.

Per la cucina di Santuario si tratta di adattare locali a piano terra già individuati in accordo con l'ufficio tecnico di Asp, predisporre la impiantistica necessaria e dotare di adeguata attrezzatura cucina e relativi depositi.

La Società provvederà a qualche verifica tecnica preliminare per definire più precisamente la fattibilità del progetto.

Poi andranno definite in accordo con Asp le modalità di investimento e di gestione e il percorso tecnico-amministrativo necessario alla realizzazione del progetto.

È auspicabile quindi programmare un incontro sul tema per un confronto e uno scambio di idee.

Cucine interne (allegato alla relazione di bilancio) a cura del AU testo inserito 27012026.

Come già discusso in alcune occasioni formali ed informali, il servizio di ristorazione interno porterebbe ad un miglioramento di qualità della accoglienza socio-alberghiera dei nostri ospiti.

La idea maturata in questi anni di esperienza non molto positiva del pasto veicolato è fortemente supportata anche dalla richiesta dei parenti.

Una cucina interna permette preparazioni espressive, più flessibilità ed adattamento ad esigenze quotidiane e in generale una migliore appetibilità delle preparazioni.

In oggi la situazione è la seguente:

1. Pasto veicolato da CIR FOOD alla RP Bagnasco, dove però è già presente e inutilizzata una cucina interna da riadattare.
2. Pasto veicolato da CIR FOOD alla RSA Santuario.
3. Pasto veicolato da Maris alla RP Santuario.
4. Pasto con cucina interna al Noceti gestito da Maris, ma in una cucina piuttosto vetusta e superata per le attrezzature in dotazione.

La idea progettuale per il futuro potrebbe essere la seguente:

1. Riadattamento della cucina di Bagnasco per preparazione interna dei pasti
2. Creazione di una cucina ex novo presso i locali piano terra della struttura del Santuario moderna e funzionale.

3. Pasto veicolato dal centro cottura del Santuario presso Noceti ma con mantenimento della cucina interna per adattamenti di menu e per esigenze specifiche giornaliere. Una cucina funzionante appieno avrebbe costi troppo elevati in relazione ai 40 ospiti.

Per la cucina di Bagnasco e Noceti si tratta di fare una revisione ed eventuale integrazione di attrezzature.

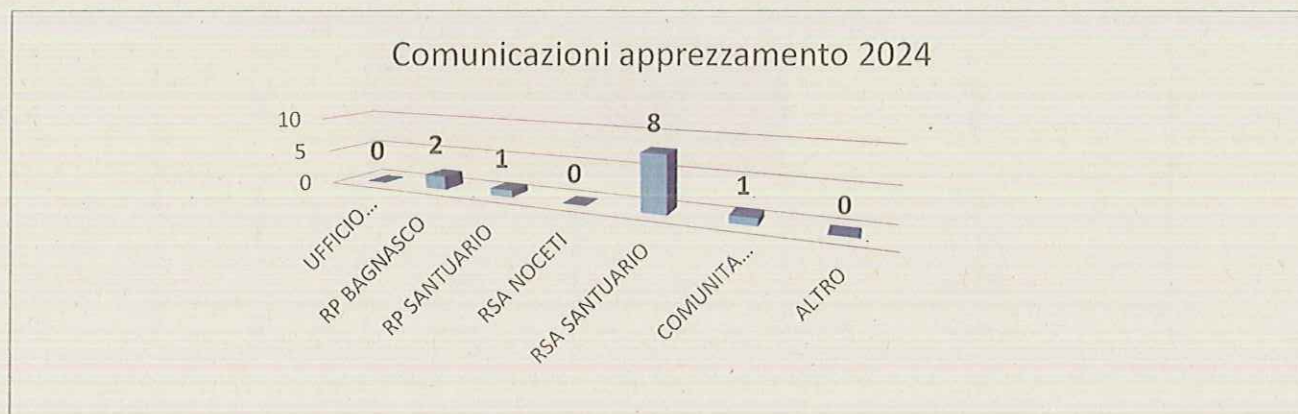
Per la cucina di Santuario si tratta di individuare ed adattare locali a piano terra e con la autorizzazione della proprietà, predisporre la impiantistica necessaria e dotare di adeguata attrezzatura cucina e relativi depositi.

La Società provvederà a qualche verifica tecnica preliminare per definire più precisamente la fattibilità del progetto.

Poi andranno definite le modalità di investimento e di gestione e il percorso tecnico -amministrativo necessario alla realizzazione del progetto, se approvato dalla assemblea.

- Prestazioni di processo e conformità dei servizi erogati, standard di prodotto:

Comunicazioni di apprezzamento:





Reclami – osservazioni - suggerimenti:

Nel corso del 2025 sono stati formalizzati e registrati, 42 reclami.

2024 - 24 reclami,

2023 - 33 reclami.

2022 – 28 reclami.

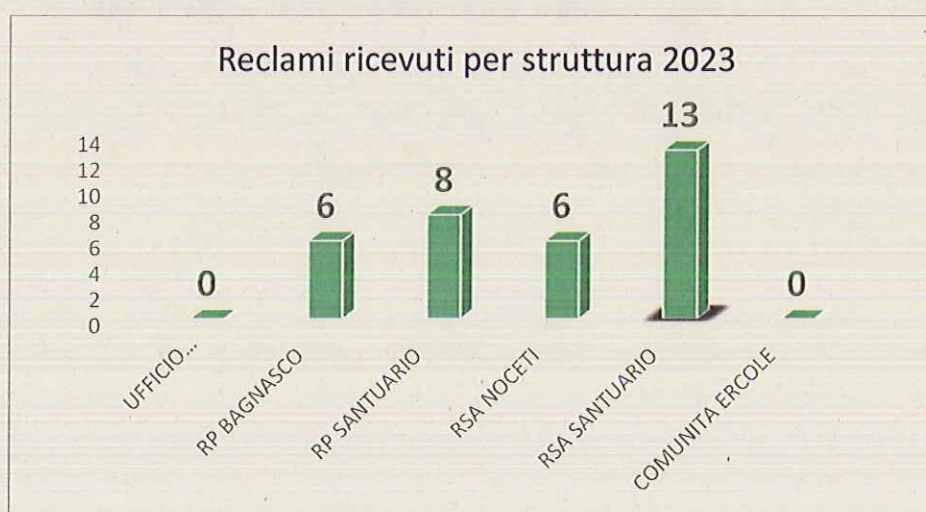
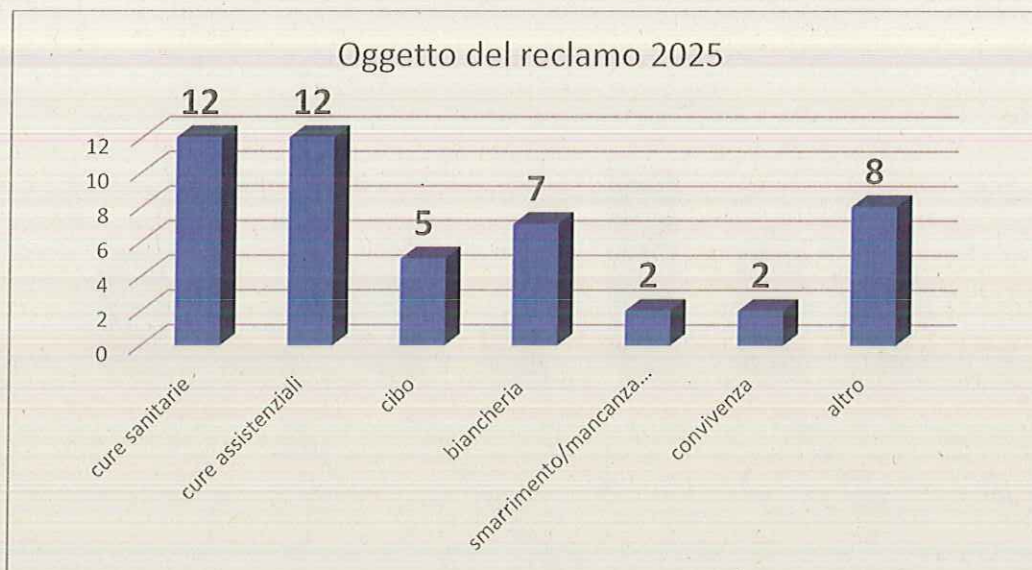
Tutti i reclami sono stati trattati, nella maggioranza dei casi è stata richiesta una relazione da parte della struttura.

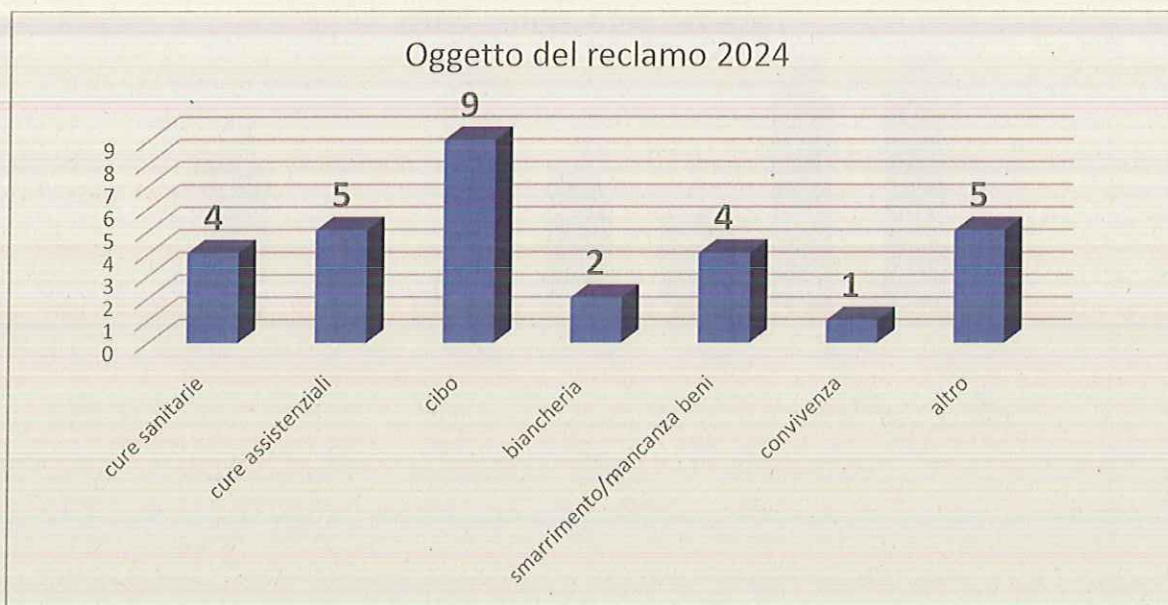
L'Amministratore Unico il Direttore Operativo hanno sempre dato riscontro con una corrispondenza. In generale i chiarimenti inviati sono risolutivi o chiarificatori, di norma gli interessati segnalano apprezzamento per il riscontro.

L'analisi dei reclami nel dettaglio riporta quanto segue:

anno	FONDATA	11	24
2025	13	25	4
2024	8	14	1
2023	4	28	1
2022	8	13	6







- Non conformità e azioni correttive**

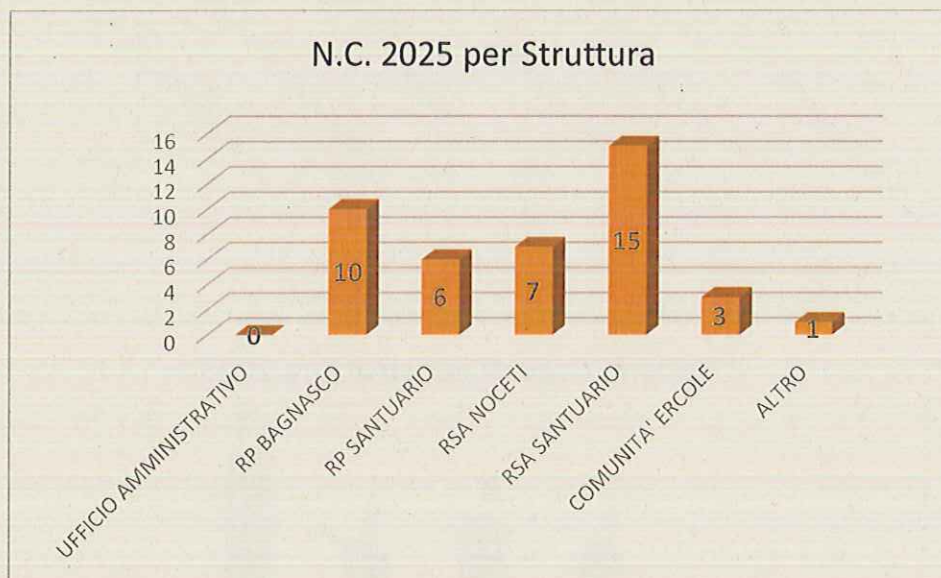
Nel corso del 2025 abbiamo registrato ed analizzato 41 NC.

2024 registrate 63,

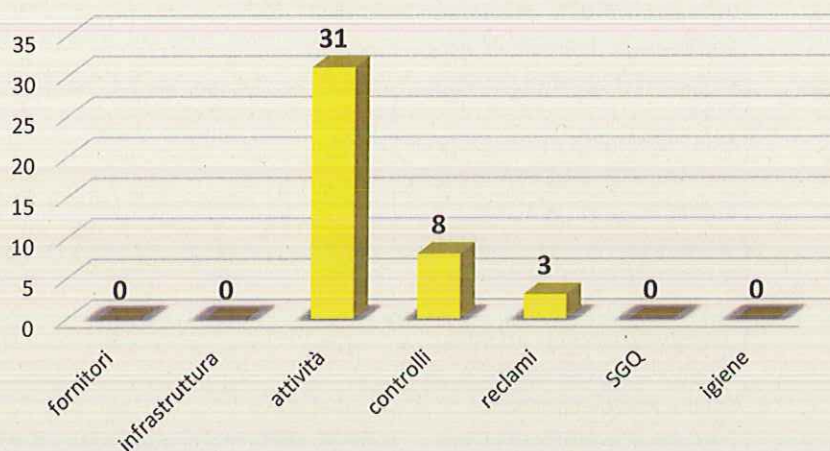
2023 registrate 68,

2022 registrate 81.

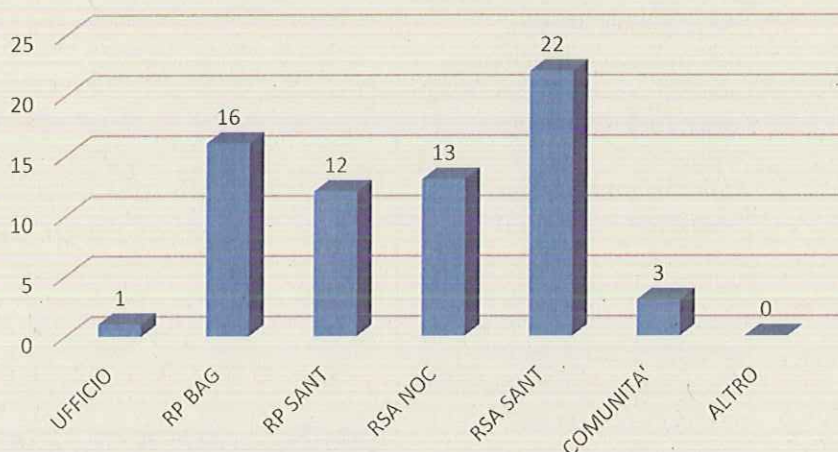
Tutte le NC sono state riesaminate e trattate.



Tipologia NC anno 2025



Non conformità 2024 per struttura



Azioni correttive:

AZIONI CORRETTIVE				RILIEVO/ANALISI/TRATTAMEN TO	ATTUAZIONE
RAC					
n. o	rilevo	prevista	completament o	NOTE	S
1	15/01/2025	01/03/2025		A seguito di verifica da parte dei NAS presso la RSA NOCETI, l'attestato di una OSS risulta non conforme all'attuale normativa. L'ente che ha rilasciato l'attestazione è fallita e non è possibile verificare alla origine. L'assunzione risale al periodo COVID 19 l'interessata è stata successivamente assorbita dalla cooperativa MARIS. L'AU ha richiesto al	In data 04/02/2025 si è svolta una riunione a distanza tramite TEAMS cui hanno preso parte i coordinatori delle 4 strutture socio sanitarie, responsabile formazione, rdq, sono state esaminate le copia degli attestati che sono risultati conformi. Si è provveduto a predisporre una proforma per la dichiarazione ECM per il personale soggetto, ad oggi; in attesa della conclusione del triennio. Il proforma è stato inviato dalla cooperative al personale soggetto.

			Responsabile formazione e RDQ di effettuare una verifica di tutti gli attestati OSS che operano presso le strutture e verificare se il personale ha avviato la frequenza dei corsi ECM.	
2	13/02/2025	15/04/2025	Non conformità minore TUV in sede di verifica NOCETI bene la pulizia dei pavimenti, ma bisogna pulire anche i soffitti e le mensole o altri oggetti appesi alle pareti. Causa il personale di nuova nomina, dipendente della cooperativa Solida, non dispone delle corrette procedure di lavoro. Trattamento: pulizia straordinaria. AC Tempi: riunione operativa con il responsabile attività del piano di lavoro eventuale formazione del personale. Verifica dell'attuazione delle misure adottate a cura del DO e RDQ entro 10/04/2025. Entro 15/05/2025.	22/04/2025 Sopralluogo a cura del RDQ con esito positivo
3	13/02/2025	15/04/2025	Non conformità minore TUV in sede di verifica NOCETI Le schede di sicurezza presenti non rispondono ai requisiti relativi al regolamento UE n° 2020/878. Causa: benché ribadito più volte tramite mail le schede non sono state messe a disposizione dalle ditte fornitrici. Trattamento: scaricare le schede aggiornate dalla rete a cura dei responsabili. AC Tempi: verifica dell'attuazione delle misure adottate a cura del DO e RDQ entro 10/04/2025. Verifica entro 15/04/2025.	<u>05/05/2025 - riscontro AC 3 25 da noceti.pdf</u>
4	05/05/2025	31/5/25	Considerato il ripetersi di disservizi presso la RP BAGNASCO il DO richiama la cooperativa titolare del servizio agli adempimenti di competenza ed alla coordinatrice la segnalazione tempestiva dei disservizi. La cooperativa Maris non pianifica adeguatamente i turni del proprio personale. Si richiama il coordinatore della	<u>verifica turni</u>

				cooperativa al rispetto degli impegni di copertura dei turni.	
--	--	--	--	---	--

Nel corso del 2024 sono state avviate 8 Azioni correttive a cura della Direzione:

Esito dell'audit del 2025 del TUV:

Il report dell'audit del febbraio 2025 si è concluso con 2 opportunità di miglioramento che sono state recepite e trattata come di seguito:

- Ercole bene la stesura del PAI, anche se non prevista per la tipologia di struttura, ma poiché viene fatto, valutate nella rivalutazione indicare gli obiettivi raggiunti. **Trattamento:** modifica modulo PAI revisione 01 – 12/01/2026. Da valutare efficacia e funzionalità.
- Ercole bene l'attività di animazione, anche se non è stata prevista per la tipologia di struttura, ma poiché viene fatta valutate l'opportunità di avere una programmazione e una relazione sull'attività indicando il grado di partecipazione degli ospiti. **Trattamento:** è stato redatto un programma annuale delle attività di animazione per l'anno 2026, con un atteso in termini di partecipazione da verificare a consuntivo.
- Non conformità minore – RSA NOCETI bene la pulizia dei pavimenti, ma bisogna pulire anche i soffitti e le mensole o altri oggetti appesi alle pareti. **Trattamento:**
- Non conformità minore – RSA NOCETI. Le schede di sicurezza presenti non rispondono ai requisiti relativi al regolamento UE n° 2020/78. **Trattamento:**

Entrambe le NC minori sono state recepite come azioni correttive e trattate come segue:

AZIONI CORRETTIVE				RILIEVO/ANALISI/TRATTAMENTO	ATTUAZIONE
RAC					
n°	rilevato	prevista	completamento	NOTE	S
2	13/02/2025	15/04/2025		Non conformità minore TUV in sede di verifica NOCETI bene la pulizia dei pavimenti, ma bisogna pulire anche i soffitti e le mensole o altri oggetti appesi alle pareti. Causa il personale di nuova nomina, dipendente della cooperativa Solida, non dispone delle corrette procedure di lavoro. Trattamento: pulizia straordinaria. AC Tempi: riunione operativa con il responsabile attività del piano di lavoro eventuale formazione del personale. Verifica dell'attuazione delle misure adottate a cura del DO e RDQ entro 10/04/2025. Entro 15/05/2025.	22/04/2025 Sopralluogo a cura del RDQ con esito positivo

3	13/02/2025	15/04/2025	Non conformità minore TUV in sede di verifica NOCETI Le schede di sicurezza presenti non rispondono ai requisiti relativi al regolamento UE n° 2020/878. Causa: benché ribadito più volte tramite mail le schede non sono state messe a disposizione dalle ditte fornitrici. Trattamento: scaricate le schede aggiornate dalla rete a cura dei responsabili. AC Tempi: verifica dell'attuazione delle misure adottate a cura del DO e RDQ entro 10/04/2025. Verifica entro 15/04/2025.	05/05/2025 - riscontro AC 3 25 da noceti.pdf
---	------------	------------	--	--

Standard di prodotto

Gli item sono stati inseriti nelle carte dei servizi pubblicate nel sito. La verifica avviene tramite un complesso di aspetti dei quali gli audit interni, i risultati delle prestazioni.

	Valore Riscontrato
Valutazione multidimensionale e redazione delle scale di valutazione entro due giorni dall'ingresso.	Verifica cartella sanitaria elettronica, conforme.
Valutazione multidimensionale e redazione del piano assistenziale individuale scritto entro un mese dall'ingresso.	Esistenza del PAI per ciascun ospite, audit. Conforme.
Presentazione all'ospite, al momento dell'inserimento in struttura, di eventuali compagni di camera e delle figure di riferimento.	Migliorabile formalizzazione. Migliorabile.
Socializzazione e assistenza all'ospite con particolare riferimento all'orientamento spazio temporale, nei primi 15 giorni dall'inserimento.	Migliorabile.
Dimissione	
Trasmissione della cartella clinica alla struttura ospedaliera, in caso di ricovero o trasferimento ad altro ente, a cura del personale medico infermieristico	Schede invio al PS o ad altra struttura, sempre. Conforme.
In caso di dimissione presso il domicilio, consegna di copia della documentazione	Lettere dimissioni, conforme.
Servizi di assistenza alla persona	
Bagno completo assistito ogni 7 giorni, con compilazione della apposita documentazione	Modulistica di riferimento, conforme.
Prevenzione dei rischi da immobilizzazione e piaghe da decubito: effettuazione delle manovre come previsto dal piano individuale con compilazione della apposita documentazione	Modulistica di riferimento, controllo contenzioni, cambio postura conforme.
Insorgenza piaghe da decubito LDD	Modulistica di riferimento, relazione direzione sanitaria, esiti assistenziali.
Cadute Ospiti	Dal 2023 report annuali sistematici, confrontabili.
Servizi sanitari	
Assistenza medica – Residenze protette: aggiornamento almeno quindicinale, oltre a quelle necessarie in caso di patologie acute. RSA post acuti: aggiornamento almeno ogni 2 giorni, oltre a quelle necessarie in caso di patologie acute. RSA mantenimento: aggiornamento almeno settimanale, oltre a quelle necessarie in caso di patologie acute.	Cartella sanitaria elettronica. Conforme.
Assistenza infermieristica - Controllo carrelli e presidi per urgenze ogni 7 giorni	Registrazioni del controllo delle scadenze, conforme.
Assistenza infermieristica - Controllo scadenze medicinali e presidi sanitari ogni 30 giorni	Registrazioni del controllo delle scadenze, conforme.

Assistenza Riabilitativa - Effettuazione interventi riabilitativi programmati, con compilazione dell'apposita documentazione	Registrazioni diario riabilitazione, scale di valutazione. Conforme.
Servizi di ristorazione	
Preparazione di diete personalizzate, se prescritte	Presenti affidati al Global Service, migliorabile (piano miglioramento).
La catena alimentare all'interno della Residenza è controllata dal punto di vista igienico-sanitario e qualitativo, attraverso l'implementazione della metodologia HACCP	
Menù speciali in occasione delle festività principali	
Servizi sociali e di animazione	
Festeggiamento dei compleanni degli ospiti	Conforme, le attività sono pianificate su base annuale, registrate quotidianamente su chat e cartella sanitaria.
Celebrazioni in occasioni delle festività	
Informazioni agli ospiti ed ai familiari	
Presenza della Carta dei Servizi presso la struttura e nel sito	Conforme.
Identificazione di ogni operatore attraverso un apposito cartellino	Richiede ulteriore verifica.
L'informazione al parente in caso di aggravamenti delle condizioni di salute o di ricoveri ospedalieri	Conforme, sempre migliorabile.
Miglioramento continuo dei servizi offerti	
Misurazione, attraverso un questionario, del grado di soddisfazione dei Clienti almeno ogni anno	Conforme, migliorabile numero questionari (piano miglioramento).
Elaborazione e stesura annuale di piani di miglioramento al fine di migliorare costantemente la qualità del servizio	Conforme.

• **Risultati del monitoraggio e misurazione:**

L'occupazione dei letti viene analizzata costantemente dal Direttore Operativo, con l'obiettivo della copertura 95 %, vedi premessa del presente Riesame.

L'indice di occupazione dei letti si incrocia con i dati contabili relativi alla fatturazione.

Nei dati analizzati non sono considerati i pazienti non presenti in struttura per ricovero o assenza.

Posti letto autorizzati nelle strutture:

RP BAGNASCO posti autorizzati 53.

RP SANTUARIO posti autorizzati 95.

RSA SANTUARIO posti autorizzati 73.

RSA NOCETI riaperta dal 24/01/2022, 44 posti autorizzati.

COMUNITA' ERCOLE: 10 posti letto.

La conformità del minutaggio del personale rispetto alla normativa in vigore è verificata a cadenza mensile dal Direttore Operativo, l'evidenza di tale procedura è formalizzata nelle mail di approvazione delle fatturazioni.

PIANO DEGLI AUDIT INTERNI anno 2026:

Sono previsti:

Almeno un audit interno per valutare la conformità alla norma ISO 9001/2015 per ciascuna delle strutture gestite dalla Società. Tale numero potrà essere aumentato in presenza di non conformità significative.

Nel corso degli audit interni viene valutata anche la conformità al nuovo Manuale dell'Accreditamento Istituzionale.

Sono previsti inoltre 1 audit per il sistema di gestione qualità, acquisti, monitoraggio fornitori esterni, documentazione, risorse.

Il Direttore Operativo svolge una costante attività di verifica nelle strutture evidenziata da specifici report.

• Risultati di audit:

• PERIODO: 15/02/2025 al 31/01/2026

PROCESSO	Priorità\criticità\ sotto processi	Sede operativa	Periodo
Gestione Sistema Gestione Qualità\Direzione	Misurazione processi, gestione documentazione, analisi dati. Evidenze attività del Sgq.	Sede Operativa RP BAGNASCO	29/01/2025 – 1 AC – 1 OM
Comunicazione	Comunicazione esterna interna, carte dei servizi, sito, totem		
Gestione risorse	Formazione, piano della formazione. Gestione della valutazione delle competenze del personale. Monitoraggio fornitori esterni.		
Erogazione servizio: RESIDENZE ANZIANI COMUNITA' ERCOLE	Conformità a quanto dichiarato nel SGQ, adeguatezza registrazioni e aggiornamenti. Azioni riesame. Controllo dei Documenti Verifica erogazione servizi: GESTIONE DELLE RESIDENZE ANZIANI – ASILO NIDO – COMUNITA' ERCOLE: verifica a campione della documentazione e attività correlate ai singoli pazienti/ospiti, verifica delle attività: infermieristiche, assistenziali, fisioterapiche, immagazzinamento farmaci, somministrazione alimenti, attività educative sopralluogo dei locali. Verifica della documentazione del SGQ. Almeno un audit per struttura.	RSA NOCETI	28/09/2025 verifica DO domenica 20/05/2025 - 23/09/2025 fascicoli del personale 11/03/2025 Fascicolo sanitario
		RSA SANTUARIO	28/09/2025 verifica DO domenica 30/09/2025 audit RDQ 2 NC (33 -34) 20/05/2025 - 23/09/2025 fascicoli del personale 11/03/2025 Fascicolo sanitario
		RP M. BAGNASCO	28/09/2025 verifica DO domenica 11/03/2025 Fascicolo sanitario 10/02/2026 Fascicolo sanitario 20/05/2025 - 23/09/2025 fascicoli del personale 05/11 – 20/11/2025 – 6 OM - 4 NC
		RP SANTUARIO	28/09/2025 verifica DO domenica 07/10/2025 audit RDQ 1 OM - 1 NC (36) 20/05/2025 - 23/09/2025 fascicoli del personale 11/03/2025 Fascicolo sanitario 10/02/2026 Fascicolo sanitario
		COMUNITA ERCOLE	21/10/2025 audit interno RDQ – 1 OM – 3 NC (37 – 38 – 39)

Audit fascicoli del personale delle cooperative, formazione cogente SSLL:

RP BAGNASCO 25/08/2025
RP SANTUARIO 20/05/2025
RSA NOCETI 20/05/2025
RSA SANTUARIO 08/07/2025
Comunità Ercole 04/12/2025.

Controlli del Direttore Operativo:

28/09/2025 verifica domenicale
23/10/2025 verifica notturna con Daniel Gragera RdQ della cooperativa Il Faggio.

Visite dei CARABINIERI NAS

17/08/2025 presso la RP M BAGNASCO, non sono emerse non conformità. Sono stati acquisiti i documenti del personale.

Vigilanza ASL2

25/11/2025 vigilanza ASL2 presso la RP M BAGNASCO, non sono emerse non conformità o segnalazioni.

Il Responsabile della Qualità monitora l'esito degli audit tramite il seguente riepilogo:

data audit	ente	struttura	problematica evidenziata	RILIEVO				PRIORITY	RESPONSABILITA'	PREVISTA
				NC	O	M	RA C			
15/01/2025	inter na	RP BAGNASCO	Riordinare archivio del personale	1				ALTA	COORDINATORE	31/01/2025
29/01/2025	inter na	SISTEMA	Migliorare i tempi di reazione rispetto agli esiti delle verifiche di qualità da parte delle strutture	1				MEDIA	RDQ	30/06/2025
28/09/2025	inter na	RP SANTUARIO - RP BAGNASCO - RSA NOCETI - RSA SANTUARIO	Apporre la data di aggiornamento al foglio delle squadre di emergenza (operatori con formazione antincendio e pronto soccorso).					MEDIA	COORDINATORE	01/10/2025
28/09/2025	inter na	RP SANTUARIO - RP BAGNASCO - RSA NOCETI - RSA SANTUARIO	Ricordare al personale presente l'utilizzo del cartellino identificativo (anche da tenere nel taschino se incompatibile con le manovre lavorative).					MEDIA	COORDINATORE	01/10/2025
30/09/2025	inter na	RSA SANTUARIO	Non risultano ad oggi ricevuti SIR/EA da parte della struttura					ALTA	DS	15/10/2025
30/09/2025	inter na	RSA SANTUARIO	Nei report di verifica mensile DS sono segnalati i seguenti consensi mancanti: PERTINO R - DE SALVO E - EDERA I - sono stati caricati ?					ALTA	DS	15/10/2025
07/10/2025	inter na	RP SANTUARIO	Migliorare l'ordine e programmazione pulizia del carrello dei farmaci. Piano di lavoro, ruote. 1° piano. Il carrello risulta ammalorato dall'utilizzo.		1			ALTA	DS	31/10/2025
07/10/2025	inter na	RP SANTUARIO	Presenza di polvere sulle superfici, prese, e attrezzature antincendio al di sopra 1,5 mt corridoio, e locali comuni.	1				ALTA	DS	31/10/2025
21/10/2025	inter na	COMUNITA' ERCOLE	Non tutta la documentazione dei corsi di formazione del personale in	1				ALTA	COORDINATORE	11/11/2025

			servizio è risultata disponibile al momento della verifica. Si suggerisce di verificare il numero degli addetti antincendio e primo soccorso nei turni.						
21/10/2025	inter na	COMUNITA' ERCOLE	Verificare che gli accordi contrattuali, di tutti gli ospiti, siano sottoscritti da entrambe le parti. (es. Cinquemani 25/10/2025).	1		ALTA	COORDINATORE	11/11/2025	
21/10/2025	inter na	COMUNITA' ERCOLE	Il frigo dei farmaci necessita di sbrinatoria, non consegnare il prelievo del ghiaccio. Verificare la pianificazione della sbrintura a cadenza periodica.	1		ALTA	COORDINATORE	11/11/2025	
21/10/2025	inter na	COMUNITA' ERCOLE	La dieta degli utenti può essere modificata in occasioni di modifiche prescritte, non è necessaria la trascrizione semestrale	1		BASSA	COORDINATORE		
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Sostituire il carrello dei farmaci dell'infermeria del 3° che risulta adeguato ma si è visivamente ammalorato nel tempo.	1		BASSA	COORDINATORE	11/11/2025	
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Verificare l'utilizzo dei sigilli per la borsa dell'emergenza, acquistabili.	1		BASSA	Referente infermieristico	16/08/2025	
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Migliorare le fotocopie dei moduli per la registrazione delle temperature dei frigoriferi.	1		BASSA	Coordinatore	16/12/2025	
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Pulire il tritapastiglie, valutare l'opportunità di inserire l'attività nel piano delle attività degli infermieri.	1		ALTA	Referente infermieristico	16/12/2025	
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Pulire il carrello presente nella infermeria che risulta macchiato.	1		ALTA	Referente infermieristico	16/12/2025	
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Riassortire la cassetta del pronto soccorso aziendale D.Lgs. 81/08	1		ALTA	Coordinatore	16/12/2025	

05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Nel Fascicolo per i controlli, nell'orario dei medici sono riportati nominativi dei medici non più in servizio.	1		ALTA	Coordinatore	16/12/2025
05/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Nel fascicolo per i controlli è presente l'organigramma aziendale superato (15/10/2024).	1		ALTA	Coordinatore	16/12/2025
20/11/2025	inter na	RP BAGNASCO	Migliorare l'aspetto dell'ufficio del coordinatore - riordinare.	1		BASSA	Coordinatore	16/12/2025

• **Alle prestazioni dei fornitori esterni**

Alla data del 16/02/2026 si evidenziano i fornitori movimentati dal 01/01/2025 risultano incluse 59 aziende di cui 3 saranno sostituiti hanno ricevuto in fase di rivalutazione, 16/02/2026 un punteggio inferiore a .
Lo scorso anno erano inserite 58 Aziende, l'aumento è dovuto alla individuazione di nuovi fornitori individuati tramite manifestazione di interesse.

numero progressivo	nome fornitore	prodotto/servizio	punteggio conclusivo	data rivalutazione	
7	NEOTEC	MANUTENZIONE ELETTROMEDICALI	128,2	16/02/2026	SARA' SOSTITUITO DA ALTRA DITTA nel 2026
21	DASEIN	DPO, CONSULENZA PRIVACY E CONSULENZA ANTICORR	140	16/02/2026	
41	CBA INFORMATICA/ZUCCHETTI	ARCHIVIAZIONE DOCUMENTALE, CARTELLA ELETTRONICA, PROTOCOLLO ELETTRONICO	145,01	16/02/2026	
54	MALSCH	LETTI E ARREDI	74,5	16/02/2026	SARA' SOSTITUITO DA ALTRA DITTA nel 2026
55	INSIEME LAVORIAMO COOP	LAVAGGIO BIANCHERIA OSPITI BAGNASCO	148	16/02/2026	
57	EASY MEDICAL PRO	LETTI, ARREDI, ELETTROMEDICALI MAT IGIEENICO SANITARIO	148	16/02/2026	
59	BIOCASA	IMPIANTI E CONTROLLO LEGIONELLA	85	16/02/2026	SARA' SOSTITUITO DA ALTRA DITTA nel 2026

Al fine di migliorare il processo di monitoraggio degli acquisti e forniture a partire dal mese di marzo 2025 il Direttore Operativo si riunisce periodicamente con i Coordinatori/Coordinatori Infermieristici per definire le necessità e fabbisogni emersi, l'esito delle riunioni è evidenziato tramite specifico verbale.

Nel corso dell'anno si sono svolte 15 riunioni cui prendono parte i coordinatori delle strutture socio sanitarie ed il Direttore Operativo.

Nel corso degli ultimi due anni sono state registrate diverse problematiche riferite ai letti, anche di recente acquisto. Manutenzioni continue ed ammaloramenti. Inoltre la ditta incaricata della manutenzione non era sempre attiva nel ripristino.

Pertanto si è proceduto alla ricerca nuovi fornitori di letti sia classici da RP che di livello superiore tipo ospedalieri per la RSA RIABILITAZIONE. La direzione sta monitorando la qualità degli ultimi acquisti.

Il Direttore Operativo gestisce i contratti mediante apposito registro che riporta i seguenti dati:

FORNITORE	SERVIZIO	STRUTTURA	DECORRENZA	SCADENZA	NOTE

Azioni legali:

La società dispone di un registro delle azioni legali; tenuto con la collaborazione del Broker di cui si avvale, dal 2016.

Nel corso dell'anno in esame non si registrano sinistri.

Anno	Numero sinistri/danni emersi
2020	2
2021	3
2022	2
2023	1
2024	0
2025	0

Il consulente segnala "Segnalo solo due posizioni infortuni aperte cautelativamente MA SENZA LEGALI DI CONTROPARTE".

d. Adeguatezza delle risorse:

Il personale in servizio presso i servizi socio sanitari, è conforme per qualifiche, organico contratti di lavoro alla normativa vigente ed al minutaggio previsto.

Competenza e formazione del personale:

Le cooperative del Socio di minoranza hanno adottato quale strumento di valutazione delle competenze del personale la scheda di Dreyfus, elaborata per il personale sanitario e quindi implementata nella struttura e adattata alle figure professionali presenti nelle cooperative.

Sono stati predisposti gli strumenti per la valutazione per delle figure professionali principali:

Medico, infermiere, coordinatore/referente infermieristico, OSS, educatore, animatore, ausiliario, cuoco, coordinatore amministrativo.

Ogni scheda prende in esame le seguenti aree di analisi:

Competenze di realizzazione ed operative, di cui:

- Orientamento al risultato;
- Attenzione all'ordine alla qualità ed all'accuratezza;

- Spirito di iniziativa.

Competenze di assistenza e di servizio:

- Sensibilità interpersonale;
- Orientamento al cliente;

Competenze d'influenza:

- Persuasività e influenza;
- Consapevolezza organizzativa;
- Costruzione di relazioni;

Competenze manageriali/organizzative:

- Sviluppo degli altri;
- Lavoro di gruppo cooperazione.

Competenze di efficacia personale:

- Autocontrollo;
- Flessibilità;
- Impegno verso l'organizzazione.

Competenze cognitive:

- Pensiero analitico;
- Capacità tecnico professionali;

I valori di acquisizione della scala di Dreyfus sono i seguenti:

- **Novizio:** la persona ha un comportamento governato dalle regole, limitato e privo di flessibilità. Non ha esperienza della situazione. PUNTEGGIO: 1
- **Principiante Avanzato:** la persona fornisce prestazioni marginalmente accettabili, identifica gli aspetti grazie ad esperienze pregresse, ma ha bisogno di sostegno nel contesto clinico (es aiuto nello stabilire le priorità). PUNTEGGIO: 2
- **Competente:** la persona ha padronanza e possiede la capacità di pianificare, fronteggiare e gestire le situazioni infermieristiche. Lavora in situazioni simili da 2-3 anni. PUNTEGGIO: 3
- **Abile:** la persona percepisce le situazioni come insiemi, piuttosto che nei singoli aspetti, ne percepisce il significato in termini di obiettivi a lungo termine. Riconosce quando il quadro atteso non si materializza e modifica i piani in risposta ad esso. PUNTEGGIO: 4
- **Esperto:** la persona ha enorme esperienza, una comprensione totale e intuitiva della situazione e può concentrarsi su una parte precisa del problema. Le sue prestazioni sono fluide, flessibili ed abili. PUNTEGGIO: 5

La valutazione delle competenze effettuata nel corso 2025 ricevuta da tutte le strutture evidenzia:

- Per il personale con una esperienza consistente) la maggiore parte si attesta sul livello Esperto.
- Per il personale di nuova assunzione il livello si assesta tra principiante avanzato e competente.

Le azioni formative discendenti dalla precedente valutazione si concentreranno pertanto per quanto riguarda i nuovi assunti sulla necessità di implementazione delle competenze e conoscenze relative al ruolo.

Per il resto del personale di maggior esperienza si evidenzia la necessità di lavorare sui seguenti obiettivi:

- attività di formazione mirata al sostegno individuale e di gruppo sulla relazione e sullo scambio di esperienze e competenze;
- migliorare la parte di autovalutazione delle competenze allo stato attuale non considerata nel sistema messo in atto;
- miglioramento degli strumenti di valutazione della motivazione e benessere lavorativo, per migliorare le azioni conseguenti.

Il dettaglio dei risultati raggiunti è riportato nel RIESAME DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE svoltosi in data 17/02/2026.

Sono stati controllati i dati delle autocertificazioni da parte del personale soggetto agli ECM, in risultati sono positivi si segnalano alcune situazioni di carenza, 3 dovute a problematiche individuali riferibili ad assenze dal lavoro prolungate.

Le cooperative del Socio di Minoranza della Società: Il Faggio, Maris, Progetto Città, hanno inviato il consuntivo delle attività di formazione dell'anno 2025 e piano di formazione per l'anno 2026.

La pianificazione di ciascuna cooperativa ha recepito i contenuti del Piano della Formazione redatto dalla Società. Si evidenzia anche quest'anno uno sbilanciamento verso i contenuti relativi alla sicurezza nei luoghi lavoro, HACCP, privacy per quanto riguarda il piano di formazione coop MARIS.

La cooperativa IL Faggio evidenzia un maggiore impegno nei confronti dei contenuti quali, risk management, nutrizione, prevenzione cura lesioni.

Contenuti formativi per l'anno 2026 per il personale sia dipendente che del socio di minoranza

I bisogni formativi per le professioni socio sanitarie sono individuati e sottoposti alle cooperative, anche nell'ottica del nuovo sistema autorizzativo e di accreditamento, e testati con il questionario in allegato. MOD RBF.

Nel corso del Riesame sono stati approvati il report delle attività di formazione relativi al 2025 e piano della formazione per l'anno 2026 della società Opere Sociali Servizi spa, redatto dal Responsabile della Formazione dott. Lorenzo Frixione.

Si ritiene importante richiamare all'attenzione delle cooperative del socio di minoranza la necessità che tengano conto, nei loro rispettivi piani della formazione annuale, due sostanziali aspetti:

- gli eventi formativi devono perseguire gli obiettivi di interesse nazionale e regionale, tenendo in considerazione gli obiettivi strategici aziendali e i bisogni organizzativi del servizio;
- il piano di formazione aziendale deve prevedere la formazione e l'aggiornamento del personale ai fini della gestione del Rischio Clinico e della sicurezza del personale.

Questi due aspetti possono a loro volta essere declinati nelle seguenti tematiche:

- Gestione del rischio clinico. Promozione della sicurezza del paziente; sistema di identificazione e segnalazione di near miss, eventi avversi, eventi sentinella. Audit clinici ecc
- Prevenzione delle cadute;
- Mantenimento della continenza;
- Cura e prevenzione delle lesioni da decubito e sindrome allettamento; mobilitazione del paziente;
- Prevenzione rallentamento e monitoraggio del declino funzionale,
- Umanizzazione dell'intervento di cura; la comunicazione;
- Formazione e addestramento di nuovo personale, utilizzo del sistema informativo aziendale;
- Prevenzione delle ICA, infezioni correlate alla assistenza;
- Nutrizione;
- Gestione eventi avversi. Modalità per comunicazione degli eventi, e aggiornamento condizione dei pazienti ai familiari e caregiver (5.3)
- Modalità per il coinvolgimento e per l'informazione del paziente: comunicazione al paziente e ai suoi familiari/caregiver sui diritti e doveri del paziente nel processo di cura. Informazione partecipata al paziente e acquisizione del consenso informato (5.4);
- Formazione del personale di contatto con il pubblico che includa: comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti, gestione reclamo (5.4).

Valutazione del clima aziendale

Abbiamo ricevuto la valutazione del clima aziendale della cooperativa Il Faggio, siamo in attesa dei dati da parte delle cooperative Maris e Progetto Città.

Comunicazione

Le carte dei servizi di tutte le strutture sono state riesaminate costantemente per seguire alcune modifiche dell'organigramma e riemesse. Sono disponibili nel sito della Società.

E' stato modificato il nome ASL.

Nella carta dei servizi è stata inserita una sottolineatura sulla possibilità di professare liberamente la propria fede religiosa.

Nel sito istituzionale è stata inserita la polizza assicurativa, a decorrere dal mese di ottobre 2023.

I presenti hanno esaminato con cura ed approvato la relazione sulla comunicazione redatta dal Responsabile Comunicazione in data 03/01/2026 che costituisce un elemento del presente documento.

Obiettivo a lungo termine sistematizzare i nuovi accessi del personale alla consultazione dei totem, e migliorare l'analisi degli accessi ai totem distinguendo i dati di consultazione tra personale e utenti.

RISORSE

Polizze Assicurative Opere Sociali Servizi spa.

RCT/RCO verso prestatori di lavoro.

Incendio e rischio complementari sui fabbricati.

Furto rapina porta valori.

Rischio incendio e rischio complementari dei fabbricati di pregio, storici vincolati.

Polizza di responsabilità civile degli amministratori – sindaci e direttori generali D&O.

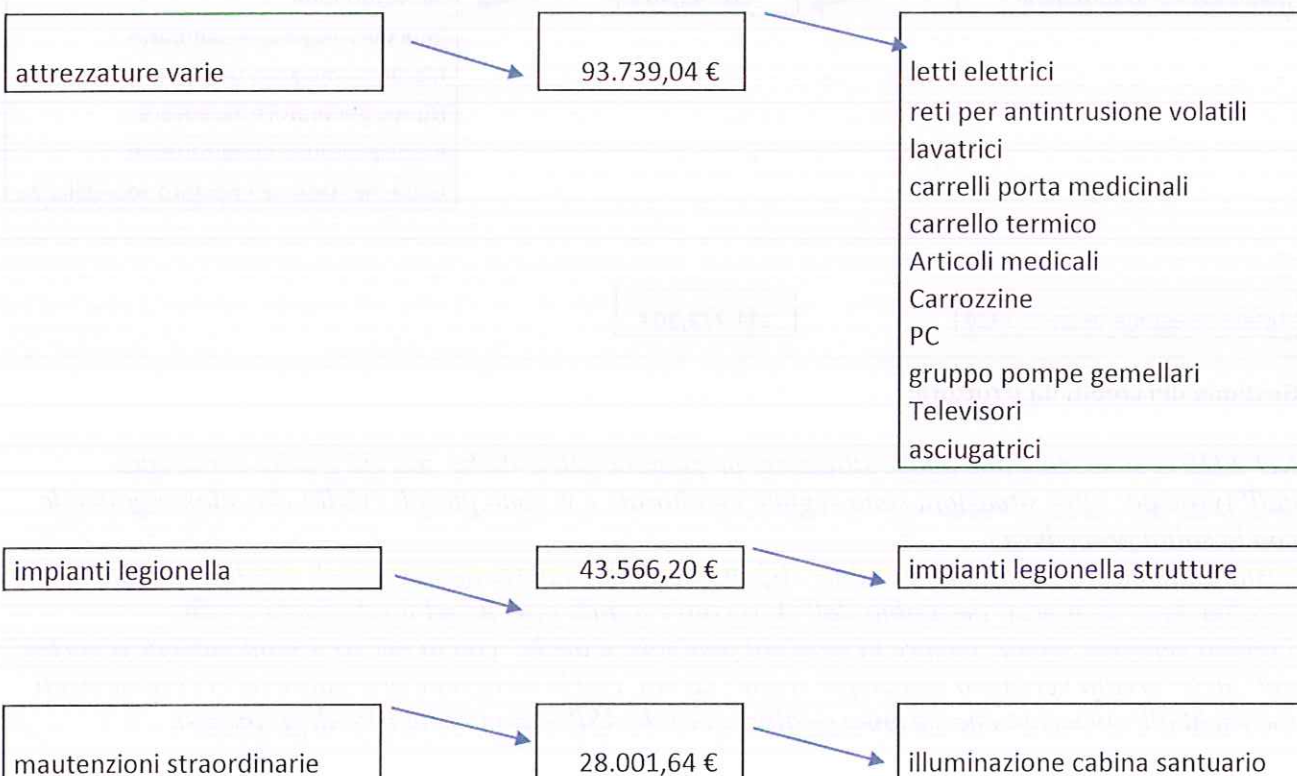
Polizza di tutela legale penale.

Situazione economica / investimenti / Manutenzioni

MANUTENZIONI ORDINARIE: 124.971,00

MANUTENZIONE STRAORDINARIE: 58.001,34

Investimenti anno 2025:



Impianto ascensore Noceti
bruciatore pompa gasolio
ventilatore assiale
elettrovalvole
circuiti frigo bagnasco

Totale investimenti anno 2025 **165.306,88 €**

Investimenti anno 2024:

attrezzature varie

65.783,00 €

Carrelli biancheria
Carrelli farmaci
Bilancia
Lavatrici
Asciugatrici
Articoli medicali
Carrozine
PC
Stampanti
Televisori
Climatizzatori

arredi santuario

25.445,84 €

Letti

manutenzioni straordinarie

20.543,46 €

Rilevatori fumi
Impianto ascensore Santuario
Modifica impianto televisori
Nuovo generatore ascensore
Predisposizione condizionatori
Implementazione impianto sorveglianza

Totale investimenti anno 2024

111.772,30 €

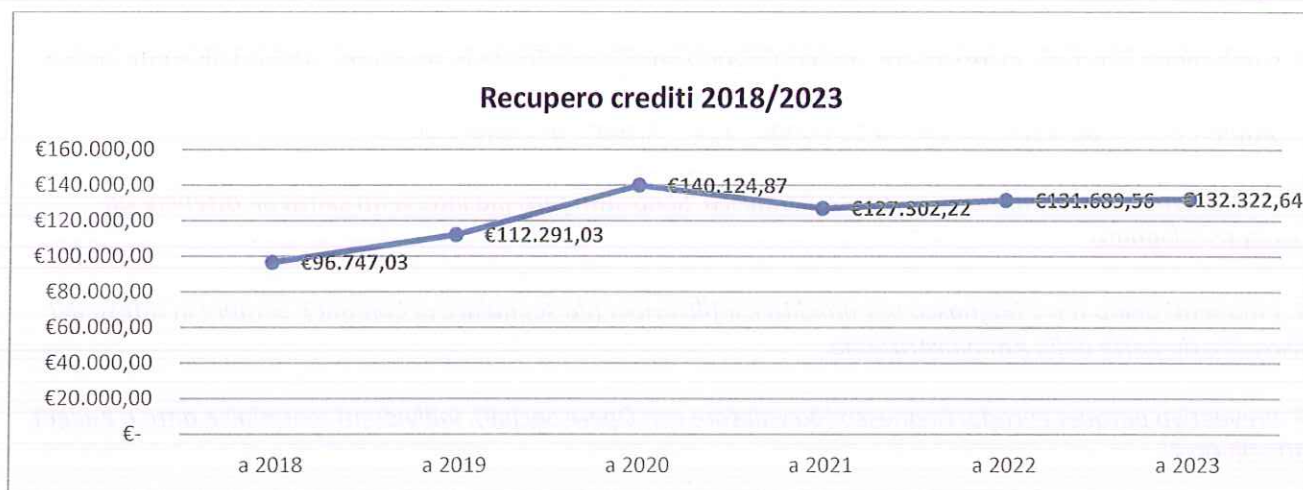
Gestione dei crediti da strutture:

Nel 2025 vi sono state due nuove situazioni un pochino più critiche, ma già gestite comunque dall'Avvocato; altre situazioni sono seguite monitorate e vi sono piccoli crediti che stiamo gestendo con la solita procedura.

Sostanzialmente la situazione è stabile rispetto al 2025, a parte alcuni piccoli crediti ormai di vecchia data, dichiarati inesigibili dall'Avvocato e quindi inseriti nel fondo rischi crediti.

I crediti vengono seguiti sempre in maniera puntuale, e anche con la nuova organizzazione a partire dal 2026 i crediti verranno comunque seguiti da noi, con le medesime procedure ad eccezione degli incarichi all'Avvocato che saranno gestiti invece da ASP, data la titolarità degli incassi.

Attualmente i crediti di rette versati utenti privati ammontano a euro 89.931,00 per la quasi totalità in questo momento esigibili e per la maggior parte già in gestione all'Avvocato. (a cura del Direttore Operativo Raffaella Carpo 16/02/2026).



Attività informatiche

Attività ordinarie di gestione e risoluzione dei problemi degli utenti. Sostituzione di 4 computer portatili, installazione di due switch per installazione TIM FWA, sostituzione del firewall in RP Bagnasco. (nota a cura del consulente A. Tomasin 12/01/2026).

Cartella sanitaria elettronica:

Nell'anno 2025 la cartella informatica è stata utilizzata e attraverso gli audit clinici si è evidenziato un utilizzo migliore da parte di tutte le le categorie professionali ivi compresi gli OSS, che a volte, in passato, scrivevano poco..

Le maggiori problematiche, invece sono state riscontrate per problemi relativi ai collegamenti e ai vari blocchi del del programma, con aperture di vari ticket alla Z

Si è contattato il commerciale della ditta Zucchetti per riuscire a migliorare il servizio ed evitare blocchi; ad oggi si sta vagliando un preventivo per poter passare dal cloud attuale a un cloud così definito, Nis 2, che si collega alla nuova normativa per la Cyber sicurezza; questo cloud oltre a garantire maggiore sicurezza rispetto alla privacy e a quanto legato alla Cyber sicurezza, garantisce una performance migliore rispetto all'utilizzo della cartella.

Purtroppo la zona del Santuario da questo punto di vista ha problematiche di rete e di fibra storiche e nonostante la nostra fibra personalizzata, qualche problema ogni tanto si verifica; invece per quanto riguarda Bagnasco si è deciso di mettere una fibra maggiormente performante rispetto all'attuale e entro il mese di febbraio dovrebbe essere attiva. Testo a cura del Risk Manager.

Manutenzione programmata 2025 verifica

Per l'anno 2025 si prevedono interventi di manutenzione programmata di tipo ordinario e interventi di manutenzione programmata di tipo straordinaria con un programma definito da Opere Sociali Servizi, anche nel rapporto con le proprietà dei diversi edifici.

La ditta di manutenzione avrà la responsabilità di monitorare il programma dei lavori e comunicare eventuali scostamenti al fine di un confronto nella riprogrammazione.

La ditta di manutenzione fornirà inoltre un supporto per una valutazione delle esigenze e dei progetti con relativi costi che necessitando di competenze specifiche, vanno esternalizzati a terzi.

Progetti extra global

1. smaltimenti di arredi, attrezzature, materiale vario inutilizzato (tutte le strutture). Attività divenuta ciclica-
2. Smaltimento frigo dismesso cucina Comunità Ercole. Attuato primavera 2025.
3. Trattamento pavimentazione porticato Bagnasco. Sono stati fatti più interventi senza un ottenere un risultato adeguato.
4. Interventi piano terra Bagnasco per umidità e infiltrazioni (da segnalare al Comune). Sempre in attesa del riscontro da parte della Amministrazione.
5. Preventivo parquet corridoi Bagnasco (da valutare con Opere Sociali). Individuati materiali e ditta e budget 30.000,00 €.
6. Cannello di protezione scalone RSA Santuario in collaborazione con RSPP e ingegnere responsabile progetto sicurezza antincendio. Il consulente tecnico antincendio deve dare redigere il progetto ed individuare le soluzioni più adeguate.
7. Installazione di Impianti di trattamento delle acque ai fini della prevenzione della legionellosi (affidato incarico a ditta BIOCASA) per Santuario e Noceti. Gli impianti sono stati installati in tutte le strutture, al momento siamo nella fase di individuazione della ditta per la conduzione degli impianti.
8. Manutenzione tendone RSA / acquisto di nuovi telecomandi. Acquistati saranno installati nella buona stagione, aprile/maggio.

Attività ordinarie programmate nell'ambito del global, attrezzature:

1. Monitoraggio ordine reparti e magazzini. Attività ciclica.
2. Riordino chiavi di ogni struttura. Attuato.
3. Revisione armadietti /spogliatoi in tutte le strutture. Attuato sono stati rimpiazzati quelli ammalorati.
4. Ingresso Santuario / illuminazione /confort. In attuazione.
5. Monitoraggio situazione televisori (stanze e magazzino). Sono stati sostituiti e dotate tutte le camere delle TV.
6. Monitoraggio condizionatore portatili Santuario e Noceti (aprile / maggio).
7. Manutenzione periodica annuale degli infissi. Ripristinati o sostituiti i serramenti della RP RSA SANTUARIO e nel breve RSA NOCETI, RP BAGNASCO 2026.
8. Manutenzione porte Noceti. Attuato.
9. Tinteggiature / ripristini in base ad una valutazione di priorità. Attività ciclica.

10. Monitoraggio periodico per smaltimenti, razionalizzazione dei magazzini per deposito materiali da smaltire. Attività ciclica.

Interventi manutenzione 2026 a cura del AU

Per la attività di manutenzione con la nuova ditta incaricata (Coop Coedis) nell'anno 2025 è stato impostato un metodo di lavoro ed una organizzazione più strutturata articolata su vari livelli:

- attività programmata di ordinaria manutenzione definiti con piani annuali e semestrali dalla direzione generale di Opere Sociali Servizi a seguito di confronto con le equipe di lavoro delle diverse strutture e con i referenti della ditta di manutenzione.
- La ditta di manutenzione definisce le tempistiche dei lavori che con monitoraggio periodico può aggiornare in relazione alla consistenza della attività di emergenza
- + attività ' ordinaria di esigenze da affrontare durante i giorni di presenza settimanali ed indicate dal personale di reparto negli appositi registri.

+ attività per interventi urgenti che superano per priorità le attività ordinarie o programmate segnalate anche alla direzione generale di Opere Sociali Servizi.

+ attività di emergenza per guasti o interventi per garantire la sicurezza e prevenire danni al servizio e agli utenti del servizio, tramite richiesta diretta tra i coordinatori e il referente della manutenzione

La cooperativa di manutenzione prende in carico il problema segnalato e provvede direttamente all'intervento risolutivo o individua la soluzione di ditte specializzate per interventi specifici che esulano dalle proprie competenze.

Le ditte specializzate sono in via ordinaria quelle contrattualizzate da Opere Sociali Servizi. Su tematiche specifiche sono individuate ditte del territorio previa ricerca di mercato.

Le ditte contrattualizzate da Opere Sociali Servizi sono:

Impiantistica elettrica

Manutenzione elettromedicali

Manutenzioni caldaie

Manutenzione attrezzature antincendio e sicurezza

Manutenzione ascensori

Manutenzione e gestione impianti videosorveglianza

Opere Sociali Servizi valuta quali degli interventi richiesti dovrà essere oggetto di valutazione con gli Enti proprietari delle diverse strutture.

La pianificazione è annuale aggiornata semestralmente.

In base al documento di programmazione, la cooperativa deve fornire su ogni voce i tempi di realizzazione di ogni intervento previsto (salvo particolari emergenze verificate e non prevedibili)

Questo per permettere alla direzione di Opere Sociali Servizi di decidere eventuali integrazioni extra contratto di global service ed avere i risultati necessari alla funzionalità e al decoro delle strutture.

La organizzazione di base prevede giornate predefinite per ogni struttura con la presenza di due manutentori:

Santuario Lunedì Mercoledì Venerdì

Noceti Martedì

Bagnasco Giovedì

Ercole a chiamata

PROGRAMMAZIONE PER ANNO 2026

La manutenzione ordinaria prevede per tutte le strutture interventi quotidiani di tipo edile ed impiantistico. Riordini e smaltimenti. Tinteggiature degli spazi comuni e di degenza. Ripristini di guasti di vario genere.

La manutenzione straordinaria ha obiettivi specifici su ogni singola struttura anche in riferimento all'arredo e il decoro degli ambienti.

COMUNITÀ ERCOLE

1. sostituzione del divano-
2. Sostituzione di un mobile in ingresso.
3. Sostituzione della box doccia.

RP BAGNASCO

1. Riorganizzazione degli spazi a piano terra per migliorare la accoglienza diurna degli ospiti, a cura della Manutenzione entro luglio 2026.
2. Manutenzione del porticato con ripristini della pavimentazione, in base agli accordi con il Comune di Savona.
3. Rifacimento della pavimentazione nei corridoi dei tre piani, entro ottobre 2026, individuata la ditta e il budget circa 35.000,00 € per 500 mq.

RSA Noceti

1. Ripristino pavimentazione esterna danneggiata dalle radici degli alberi (manutenzione del verde), in collaborazione con la proprietà.
2. Manutenzione ordinaria del verde (primavera) a cura di ditta esterna contrattualizzata.

3. Revisione degli infissi, entro l'anno corrente.
4. Zanzariera cucina, entro estate 2026.
5. Ristrutturazione portone di ingresso, entro un anno progetto in fase di definizione.
6. Inventario e revisione dei condizionatori portatili (maggio).
7. Sostituzione della tenda esterna terrazzo RSA aprile 2026, 2.000,00 €
8. Intervento su infiltrazioni muro esterno attinente al terrazzo, problematica risolta.
9. Ultimazione lavori su vasche e pompe acque nere, attuato.

RSA /RP SANTUARIO

1. Riorganizzazione degli spazi piano terra, entro anno 2026.
2. Manutenzione del verde (primavera).
3. Abbellimento delle pareti degli spazi comuni, entro 2026.
4. Revisione dei mobili delle cucinette, entro anno budget 16.000,00 €.
5. Revisione e sostituzione degli angolari paracolpi entro un anno importo da definire.
6. Cancelli di sicurezza nello scalone della RSA, in attesa del progetto per la prevenzione incendi a cura del tecnico.
7. Inventario e revisione dei condizionatori portatili (maggio).
8. Sostituzione della tenda esterna terrazzo RSA, attuato.
9. Intervento su infiltrazioni muro esterno attinente al terrazzo, attuato.
10. Ultimazione lavori su vasche e pompe acque nere in corso di opera.

Per tutte le strutture acquisti di:

Teli barella, attuato-

Concentratori di ossigeno, 2 per struttura.

Letti in sostituzione di quelli ammalorati. Attività ciclica.

Inoltre il trasferimento di ufficio comporta lavori di impiantistica elettrica idraulica, di riscaldamento già in corso.

Per completamento di informazione, la Azienda pubblica di servizi Opere Sociali ha avviato la progettazione per la partecipazione a due Bandi di efficientamento energetico:

1)Bando nazionale Conto termico 3.0 per il totale rifacimento dell'impianto di riscaldamento / raffreddamento per la struttura di Santuario Piazza

2)Bando Regionale per efficientamento energetico per ammodernamento dell'impianto di riscaldamento per la struttura Noceti.

- **Aspetti strutturali e tecnologici. Requisiti organizzativi - Accreditamento**

Le strutture Opere Sociali Servizi sono adeguate alla nuova normativa della Regione Liguria anche per quanto riguarda gli standard organizzativi.

e) Aggiornamento Normativo:

Il nuovo assetto Societario richiede un riassetto del documento Normativa e documenti cogenti, l'Amministratore Unico ha predisposto un elenco a tal fine, organizzato sui seguenti assi:

- NORMATIVA DI CONTESTO SOCIETARIO
- ANTICORRUZIONE
- PRIVACY
- CYBERSECURITY
- RIFIUTI SPECIALI
- HACCP
- SALUTE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO
- SOCIALE
- NORMATIVA REGIONALE
- RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE
- DETERMINE LIGURIA SALUTE – EX ALISA

f) Aggiornamento delle procedure e/o protocolli.

Il Sistema Gestione Qualità è in continua evoluzione nel corso del 2026 sono state introdotte le seguenti integrazioni:

- Istruzioni operative interne pulizie.
- Istruzioni operative interne prevenzione scabbia.
- Istruzioni operative interne gestione della lista di attesa.
- Regolamento liste di attesa posti privati.
- Scheda per i medici di medicina generale.
- Autorizzazione uscite ospiti.
- Prevenzione legionellosi.
- Manutenzioni.

Elenco della normativa vedi integrazione elenco documentazione e documenti cogenti esaminato in data odierna ed allegato al presente Riesame.

Contestualmente è stato approvato Elenco moduli e documenti del sistema Gestione Qualità MOD EMD.

g) Esiti assistenziali attività del gruppo di lavoro del rischio clinico

I Direttori Sanitari hanno redatto la relazione semestrale del primo semestre 2024 e secondo semestre 2024. La difficoltà nel reperimento di medici, infermieri, OSS e fisioterapisti a livello nazionale è un dato di fatto anche per le nostre strutture e determina un turn over significativo del personale, con una pesante ricaduta sulla qualità dell'intervento assistenziale e sanitario.

• **Dati del Registro degli Incidente Reporting:**

	RSA NOC	RSA SANT	RP SANT	RP BAG
2020	1	0	1	0
2021	1 *	21	8	7
2022	6	0	4	3
2023	6	0	4	3
2024	3	9	15	25

*L'analisi a cura del Risk Manger è riportata nel Riesame delle Strutture Socio Sanitarie del 28/01/2025.
La struttura RP santuario fa rilevare un numero maggiore di cadute dovuta sicuramente al numero maggiore degli ospiti presenti e anche la tipologia degli ospiti che essendo un pochino più autosufficienti e autonomi girano nella struttura e ciò incide sul numero cadute.
Non si rilevano grosse problematiche sulle piaghe da decubito.*

• **Gruppo di lavoro Rischio Clinico e Infezioni correlate alla Assistenza:**

Vedi riesame della Direzione dedicato alle strutture socio sanitarie 17/02/2026.

h) Attività del Gruppo di miglioramento

Anche per l'anno 2025 è proseguita l'attività del Gruppo di Miglioramento delle strutture Socio Sanitarie Opere Sociali Servizi spa. Il Gruppo è costituito da Amministratore Unico, Direttore Operativo, Responsabile Qualità Direttori Sanitari, Coordinatori Amministrativi, Coordinatori e Referenti Infermieristici, coordinatore Animazione e Fisioterapisti, personale amministrativo. Il gruppo di lavoro è accreditato ECM per il personale sanitario, 16 crediti. GRUPPO DI MIGLIORAMENTO OPERE SOCIALI SERVIZI SPA-anno 2025 (ECMPG 15302).

Il GDM è un appuntamento importante e fondamentale per tanti aspetti, in particolare la condivisione delle linee operative, la discussione collettiva delle difficoltà e criticità.

Totale 8 incontri.

Di seguito il programma del GDM per l'anno corrente 2025

CALENDARIO GRUPPO MIGLIORAMENTO 2025 ECMPG 15308 - 19,5 crediti	
DATA	ARGOMENTO
28/01/2025	riesame della direzione socio sanitarie
25/02/2025	Report aud+H4:H13it ente di certificazione piano di miglioramento, aggiornamento linee guida.
25/03/2025	Gestione della privacy aggiornamento
06/05/2025	Revisione istruzioni operative - linee guida
10/06/2025	Analisi incident reporting – intervento a cura del Risk Manager
05/08/2025	Attuazione del piano di miglioramento.
09/09/2025	Verifica corretto utilizzo delle potenzialità della cartella elettronica sanitaria.

07/10/2025	FEMEA - analisi eventi avversi
04/11/2025	Comunicazione con le famiglie e con gli ospiti. Comunicazione eventi avversi problematiche sanitarie/organizzative.
09/12/2025	Aggiornamento umanizzazione, Stato dell'arte, consuntivo attività annuale raggiungimento obiettivi e prospettive

Totale 11 incontri.

Il Responsabile della formazione ha provveduto a calendarizzare e riprogrammare l'evento anche per l'anno 2026.

GDM 2026 - martedì dalle 13,30 alle 15,30	
17/02/2026	Riesame della Direzione strutture socio sanitarie
24/03/2026	Stesura e aggiornamento Autovalutazione all. B3 Accredimento Istituzionale - restituzione audit
21/04/2026	Analisi incident reporting
19/05/2026	Audit clinici
16/06/2026	Aggiornamento privacy trattamento dei dati personali
14/07/2026	Analisi esiti assistenziali primo semestre anno 2026
04/08/2026	Verifica attuazione piano di miglioramento in riferimento alle strutture socio sanitarie
22/09/2026	FEMEA - analisi eventi avversi
20/10/2026	Comunicazione con le famiglie e con gli ospiti. Comunicazione eventi avversi problematiche sanitarie/organizzative.
24/11/2026	Aggiornamento umanizzazione, stato dell'arte, consuntivo attività annuale obiettivi e prospettive.

i) Aggiornamento o riconferma delle linee guida scientifiche

Vedi allegato MOD RLG – Raccolta linee guida per l'anno 2026 approvato nel corso del Riesame delle strutture socio sanitarie 17/02/2026.

j) Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità

Il documento di valutazione dei rischi e delle opportunità redatto nel 2018 – DOC FDR Fattori di rischio rev 00 – 18/01/2021 è stato revisionato in data 07/02/2025 al fine di comprendere i fattori di rischio determinati dal Cambiamento climatico (vedi punto g Aggiornamento procedure e protocolli).

Savona, 20/02/2026

Redazione Paola Veirana



Approvazione Amministratore Unico

